

« Å FULLFØRE ET LIV »

- en litteraturstudie om eldres livshistorier

BACHELOROPPGAVE



AVDELING FOR SYKEPLEIE

KANDIDATNUMMER: 115

KULL: 10FUS

3.OKTOBER 2013

Ord: 10036

VESKEN

De magre hendene tviholder rundt vesken.

Fingrene hvitner.

Vesken den rommer hennes liv.

Et falmet fotografi av to barn og en staselig kar i dress.

Han var hennes far, mor døde da hun ble født.

To brev, det ene fra en ung mann som gikk om bord i nittenførtito.

Den andre fra Sjøforsvarets overkommando, hun ble alene med to små

Et gulnet avisutklipp, en dødsannonse.

En god venninne ble borte underveis

En korallrød leppestift, en gullforgylt pudderdåse,

En kam og en tom 4711 eau de toilette.

Hun knuger vesken inntil kroppen.

Hun verner om restene av sitt liv.

(Siv Skarstein)



ABSTRAKT

Bakgrunn: Å arbeide med personer med demens er et givende, men også til tider utfordrende arbeid. I løpet av årene jeg har jobbet i demensomsorgen har jeg erfart at en viss kjennskap til den enkeltes livshistorie kan bidra til opplevelse av mestring i kommunikasjonen hos personer med demens. Dette ønsket jeg og utforske ved hjelp av forskning og aktuell litteratur.

Hensikt: Å finne svar på hva sykepleier på dagsenter kan gjøre i forhold til livshistorier for å skape mestringsfølelse i kommunikasjonen hos personer med demens.

Metode: Ved å bruke litteraturstudie har jeg tatt for meg tre forskningsartikler og et utvalg faglitteratur. I tillegg har jeg brukt et case og egne erfaringer fra arbeidet på dagsenter for personer med demens.

Konklusjon: Forskning, faglitteratur og erfaringer samsvarer i resultatene som viser at ved å bruke personorientert omsorg og reminisens som intervensjoner kan dette bidra til en opplevelse av mestring i kommunikasjonen hos personer med demens.

INHOLDSFORTEGNELSE

Abstrakt	s.3
-----------------	------------

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema	s.6
1.2 Case fra dagsentret for personer med demens	s.7
1.3 Presentasjon og avgrensning av oppgaven	s.7
1.4 Definisjoner	s.8

2.0 TEORI

2.1 Beskrivelse og forekomst av demens	s.9
2.2 Symptomer, diagnostisering og medikamentell behandling	s.10
2.3 Hva sier litteraturen om livshistorier	s.11
2.4 Hva sier litteraturen om reminisens	s.11
2.5 Hva sier litteraturen om personorientert omsorg	s.12
2.6 Presentasjon av Travelbee`s relasjonsteori	s.13
2.7 Opplevelse av demens	s.13

3.0 METODE

3.1 Litteraturstudie som metode	s.15
3.2 Fremgangsmåte	s.15
3.2.1 Kriterier for valg av faglitteratur og forskningsartikler	s.15
3.2.2 Valg av faglitteratur	s.16
3.2.3 Kritikk av faglitteratur	s.16
3.2.4 Valg av forskningsartikler	s.16
3.2.5 Kritikk av forskningsartikler	s.17
3.2.6 Utfordringer i forhold til valg av metode	s.17

4.0 FUNN-----s.19

4.1 Transkriberingsskjema----- s.19

4.2 Sammendrag av funn-----s.24

5.0 DRØFTING-----s.25

5.1 Etiske aspekter-----s.25

5.2 Funn som belyser problemstillingen-----s.25

5.3 Hva forteller funnene----- s.26

5.4 Kritisk vurdering av funnene-----s.27

5.5 Diskusjon av problemstilling og case i lys av forskningsartikler----- s.27

5.6 Diskusjon av problemstilling og case i lys av sykepleieteori-----s.29

5.7 Diskusjon av problemstilling og case i lys av faglitteratur-----s.31

6.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING-----s.33

LITTERATURLISTE

1.0 INNLEDNING

I følge Engedal og Haugen (2004) er demens en kronisk hjernesvikt hvor redusert hukommelse alltid skal være tilstede for at begrepet skal kunne brukes. Videre må svikten i evnene til å klare dagliglivets aktiviteter kunne relateres til hukommelsesreduksjonen. Det må også kunne påvises en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden og det må utelukkes differensialdiagnoser som for eksempel depresjon. Kitwood (2006) nevner at ved demens kan identitetsfølelsen, basert på det å ha en livshistorie å fortelle, svekkes med tiden og om identiteten skal kunne fastholdes blir den biografiske viten om pasienten essensiell. Videre skriver han at en person som har en demenssykdom er relativt maktesløs og må i noen tilfeller utstå mange typer mentale plager som forvirring, sorg, sinne, frykt og desperasjon. Evnen til å forstå det som skjer, både det psykiske og i omverdenen er svekket og dette medfører at også kapasiteten til fullt og realistisk og fatte beslutninger som påvirker kursen videre i livet også er svekket. Dette igjen medfører at personer med demens blir spesielt avhengige av andre, ikke bare fysisk, men også psykologisk sett (Kitwood 2006).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Etter å ha jobbet mange år med personer med demens både i sykehjemsavdelinger og på dagsenter, har jeg ofte opplevd en spesiell god kommunikasjon med disse pasientene dersom jeg i utgangspunktet kjente til hovedpunkter i deres livshistorie. Jeg kunne da følge utviklingen i samtalen ved å komme med kjente fakta og tilføye der samtalen ellers kanskje ville stanset på grunn av mangel på de rette ordene fra pasienten. Ved å vite noe om bakgrunnen deres følte jeg at det vi snakket om var meningsfylt og jeg velger å tro at dette var en opplevelse jeg delte med pasienten. I pasient- og brukerrettighetsloven av 2. juli 1999, §2-5, står det at pasienter har rett til en individuell plan i samsvar med bestemmelsen for helsehjelp. Det vil si at pleien skal være individuelt tilpasset hver enkelt pasient. Loven tar utgangspunkt i et tillitsforhold mellom pasient og pleier og den skal ivareta respekten for den enkeltes pasients liv, integritet og menneskeverd. For meg betyr da dette at for at jeg som sykepleier skal kunne gi individuelt tilpasset pleie, må jeg kjenne til noe av pasientens tidligere liv. Hensikten med denne oppgaven er å finne ut av om sykepleiers kjennskap til den enkeltes livshistorie virkelig har en betydning for opplevelse av mestring i kommunikasjon med personer med demens. Problemstillingen jeg søker svar på er « *HVORDAN KAN SYKEPLEIER PÅ DAGSENTER VED HJELP AV LIVSHISTORIER BIDRA TIL OPPLEVELSE AV MESTRING I KOMMUNIKASJON HOS PERSONER MED DEMENS?* »

1.2 Case fra dagsentret for personer med demens

Personalet og pasientene ved dagsentret for personer med demens setter seg godt til rette for å lese dagens lokalavis. Her finns det uendelig med samtaleemner bare vi kjenner til noe av den enkeltes livshistorie. Denne dagen velger vi å starte med eiendomssalg i kommunen da vi som personal kjenner til at pasientgruppen i dag alle har sine røtter i bygda og på en eller annen måte har tilknytning til gårder og eiendommer. Vi trekker ut de eiendommene til salgs som vi vet pasientene kjenner til og samtalen er i gang. Alle bidrar med sine historier og personalet spinner videre på det vi vet om den enkeltes historie om akkurat dette temaet. Etter hvert finner vi fram bygdebøkene hvor vi går videre i den enkeltes familiehistorier. Samtalen kommer stadig inn på nye områder og slik kan det holdes gående. I disse situasjonene opplever jeg at pasientene føler mestring i kommunikasjonen ved at vi har en felles forståelse av det vi snakker om. Når pasienten sliter med å sette sammen en meningsfull historie, tenker jeg at vi som personal med kjennskap til livshistorien kan bidra til at pasienten mestrer det han ønsker å formidle, og dette kan være med på å gjøre hverdagen noe lettere for disse pasientene.

1.3 Presentasjon og avgrensing av oppgaven

Dette er en litteraturstudie hvor jeg ved hjelp av forskning, faglitteratur og egne erfaringer vil fokusere på livshistoriens betydning for opplevelse av mestring i kommunikasjon med personer med demens. For å variere språket i oppgaven bruker jeg begrepene personer med demens og pasienter parallelt. Omsorgspersoner, personell og sykepleier brukes også litt om hverandre. Dette er fordi det er mange ulike grupper av personell som er i kontakt med personer med demens, men som sykepleier har man et overordnet ansvar i form av sin veiledende og undervisende rolle. Problemstillingen omhandler personer på dagsenter, men selv om forskningsartiklene har sine studier fra sykehjem synes jeg allikevel de har stor relevans i forhold til hva jeg ønsker å finne svar på i problemstillingen. Oppgaven tar utgangspunkt i personer over 65 år som lider av demens ved Alzheimers type.

1.4 Definisjoner

Dagsenter for personer med demens: et spesielt tilrettelagt behandlings- og omsorgstilbud på dagtid. Da dette er et tilbud som skal bidra til at den enkelte bruker skal kunne fortsette å bo hjemme er det viktig å fylle dagene med meningsfylte oppgaver og opplevelse av mestring (Eek og Nygård 2006). Sykepleiers oppgave på dagsentret er blant annet å bidra til at pasientens fysiske og psykiske behov ivaretas og at det øvrige personalet får tilgang til aktuell informasjon både faglig og det som gjelder den enkelte pasient.

Livshistorie: Menneskers muntlige eller skriftlige selvbiografier, basert på deres egne fortellinger om livsløpet og det finns bare en av dem (Fossland og Thorsen 2010). Her vil jeg gjerne legge til at i min oppgave velger jeg i tillegg til overnevnte også at det legges stor vekt på familiens beretninger og kjennskap til miljø og kultur fra personalet.

Kommunikasjon: I følge Eide og Eide (2010) vil det å kommunisere være det samme som å skape mening sammen og å skape en forståelse for hverandres oppfatning eller følelse. Om kommunikasjon skriver Wogn-Henriksen(1997) at det er en sammenheng mellom det å bli bekreftet og det å oppleve trygghet og derfor er kommunikasjon avgjørende for menneskets bevissthet om seg selv, og i ytterste konsekvens dets eksistens.

Mestring: Lerdahl og Fagermoen (2011) nevner at mestring i stor grad dreier seg om opplevelser av å ha krefter til å møte nye utfordringer og en følelse av å ha kontroll over eget liv. Med dette mener de at mestring kan forklares ved alt det et menneske iverksetter tankemessig, følelsesmessig eller adferdsmessig for å leve med forandring eller trussel om forandring. Dette viser at mestring kan skje ved både handlinger, tanker og følelser og at evnen til mestring blant annet er avhengig av livshistorien. Engedal og Haugen (2004) nevner at ved en demenssykdom kan mestringsmekanismene bryte sammen, men om omsorgspersoner kjenner til livshistorien, kan dette bidra til at opplevelse av mestring allikevel skjer.

2.0 TEORI

I følge demensplan 2015 «Den gode dagen» (Helse- og omsorgsdepartementet 2011), handler en god demensomsorg om å se og lære enkeltmenneskets historie å kjenne, slik at vi som omsorgspersoner kan legge til rette for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk til tross for sykdom og funksjonssvikt. Pasientene må møtes der de er og det må iverksettes individuelt tilrettelagte tjenester som er basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdom. Planen nevner også at i følge ulike undersøkelser vises det det til at dagsentre gir en meningsfull hverdag og gode opplevelser for den enkelte. Rokstad (2006) mener at vår største etiske utfordring som omsorgspersoner overfor personer med demens er å være kontaktskapende og få en forståelse av pasientens livsverden og igjennom den vise respekt og ivaretagelse. Jakobsen (2007) nevner at engasjement er å bruke gjenværende ressurser i hverdagsutfordringene som møter pasienten og dette bygger på respekt for og viten om pasientens livshistorie.

2.1 Beskrivelse og forekomst av demens

Demens er ifølge Engedal og Haugen (2004) en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Disse sykdommene er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, endret sosial adferd og evnene til å utføre dagliglivets aktiviteter sammenlignet med tidligere er redusert. Det regnes å være rundt 70 000 mennesker i Norge som lider av demens og dette antallet forventes og dobles innen år 2040.

Det finns ulike typer av demens. Primært degenerative demenssykdommer hvor Alzheimers demens, lewy-legeme demens, frontotemporal demens, demens ved parkinsons sykdom og demens ved huntingtons chorea hører inn under. Vaskulær demens og sekundære demens tilstander er andre typer demens. Alzheimers sykdom er i dag den hyppigst forekommende demensformen og utgjør 60-70% av pasientene med demens. I min oppgave nevner jeg kun andre demensformer og velger å fokusere på Alzheimers sykdom.

Patologien ved demens av Alzheimers type viser at det er mangel på signalsubstansen acetylcholin som igjen er viktig for de kognitive funksjonene. Sannsynligvis skyldes sykdommen en opphopning av stoffet beta-amyloid som har klumpet seg sammen og nevrofibrillære trådfloker ligger rundt disse og dette kalles senile plakk. De proteinholdige fibre skal i utgangspunktet løpe parallelt, men de floker seg på grunn av fosforylering og dette påfører skade på hjernecellene. Det skjer en gradvis degenerasjon og død av

hjerneceller, særlig i hjernebarken. Alzheimer sykdom starter i hippocampus (tinninglappen). (Engedal og Haugen 2004).

2.2 Symptomer, diagnostisering og medikamentell behandling

I 1906 beskrev legen Alois Alzheimer for første gang sykdommen som senere fikk hans navn og som i dag er den hyppigste formen for demens: Alzheimers sykdom. Sykdommen har en snikende start og en gradvis utvikling og den er kronisk. Vanlige symptomer ved demens er kognitive som svekket oppmerksomhet, læringsevne, hukommelse og språkevne. Svekket forståelse av handling i rom, handlingssvikt og svekkede intellektuelle evner. Apraksi (manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førlighet og forståelse av det som skal gjøres) og agnosi (manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon). Adferdsmessige symptomer som depresjon, tilbaketrekning, angst, vrangforestillinger, hallusinasjoner, personlighetsendring, rastløshet, likegyldighet, interesseløshet. Motoriske symptomer som muskelstivhet, balansesvikt og inkontinens forekommer også (Engedal og Haugen 2004).

For å stille en demensdiagnose er det viktig å utelukke differensialdiagnoser som for eksempel depresjon slik at behandlingen blir rett. Det finns ingen absolutte tester hvor diagnosen demens kan stilles, men ved å bruke forskjellige screeningstester for å kartlegge både pasientens kognitive funksjon og funksjon i dagliglivet kan det dannes et bilde av pasientens tilstand. I noen tilfeller blir det også foretatt en spinalpunksjon hvor man ser etter nedbrytningsprodukter av proteiner i væsken som igjen kan fortelle noe om det er grunn til å tro at foreligger Alzheimers sykdom (Engedal og Haugen 2004).

Det finns ingen medisiner som kurerer demens, men noen medikamenter har symptomatisk effekt. Medikamentell behandling av Alzheimers sykdom fokuserer på to forskjellige prinsipper hvor det ene er å hemme nedbrytningen av acetylcholinesterase. Dette er et enzym og dets oppgave er å bryte ned signalstoffet acetylcholin. Det andre behandlingsprinsippet går ut på å bremse skadene på nevronene (Engedal og Haugen 2004).

2.3 Hva litteraturen sier om livshistorier

Kjennetegnet på en livshistorie er at den utvikler seg gjennom hele livet. Den er ofte preget av de store dagene som konfirmasjon, giftemål og barnefødsler, men også ulykker, dødsfall og sykdom preger historien. I følge Jakobsen (2007) har både positive og negative minner det til felles at de er unike for dette mennesket. Videre nevner hun at personer med demens sine reduserte evner til å gjenkalle minner er en trussel for deres identitet og integritet. Det vil derfor være omsorgspersonens oppgave å skape kontinuitet i vedkommendes liv og historie. Kjersti Wogn-Henriksen (1997) har gjort en undersøkelse av personer med demens sine opplevelser av seg selv og sin situasjon, denne undersøkelsen har hun utgitt i bokform. Hun nevner her at det er en avgjørende utfordring hos personer med demens å opprettholde en opplevelse av seg selv og derfor er kjennskap til livshistorien til den enkelte av stor betydning. Personer i studien hennes uttrykte at dersom omsorgspersonene hadde en viss kjennskap til livshistorien til den enkelte, kunne dette gi en følelse av å få næring til minnene og en opplevelse av å ha betydning og verdi. Hun påpeker at det å se personen bak sykdommen er essensielt for at personen med demens skal oppleve seg selv som et menneske. Empati fra omsorgspersonen er også svært sentralt og hun omtaler empati som å leve seg inn i en annen for så å kunne gå ut igjen – i handlefrihet. I boken tar Wogn -Henriksen(1997) også opp temaet om kommunikasjon og for at denne ikke skal bryte sammen stilles det store krav til omsorgspersonen om å ta ansvar for å etablere en felles referanseramme som jeg tenker kan bety blant annet kjennskap til pasientens livshistorie.

2.4 Hva litteraturen sier om reminisens

Ved å bruke livshistorier som grunnlag for individuell planlegging og tilnærming, vil dette være en form for reminisens som representerer en kommunikasjonsform som gir muligheter til å skape mening for personer med demens (Jakobsen 2007). Reminisens forklares i følge Fosslund og Thorsen (2010) som å erindre tidligere opplevelser og erfaringer, og som et tilbakeblikk på livet uten å dømme noe. Videre nevnes det at reminisensarbeid skal skape kontinuitet i livsopplevelsen noe som kan ha en spesiell betydning når opplevelsen av kontinuitet er svekket eller truet av demens og arbeid med reminisens kan også bidra til at pasienten holder tråden i livet dersom omsorgspersonen kjenner til livshistorien. Personer med demens utsettes også for et slags tap av seg selv og Fosslund og Thorsen (2010) mener

derfor at det er vesentlig å støtte opp under den livshistoriske hukommelse og stimulere minnene. Det er av stor betydning at personer med demens kan få hjelp til å holde fast ved sin egen fortid og er i stand til å erindre både det store og trivielle, det gode og det vonde som har skjedd i fortiden. Det er dette som til sammen har preget og utformet hver enkeltperson sin spesielle identitet og gjort hvert liv til egen historie. Wogn-Henriksen (1997) mener da at et godt virkemiddel for å ivareta erindringer og identitet er gjennom reminisens.

2.5 Hva litteraturen sier om personorientert omsorg

Tom Kitwood satt personorientert omsorg på dagsordenen ved å introdusere dette innenfor demensomsorgen på 1990-tallet. Han ønsker å flytte fokuset litt vekk fra den medisinske tilnærmingen over til en humanistisk modell. I følge han innebærer denne modellen å bevare synet på personer med demens som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet (Kitwood 2006). Målet er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og å bidra til å opprettholde selvstendighet så langt det er mulig. Kitwood (2006) er opptatt av at hvert enkelt menneske har behov for tilpasning til egen svikt og at fysisk miljø er viktig, men at menneskene og relasjonene er helt nødvendige. Han sier at om personen forsvinner så blir eksistensen meningsløs og det blir unødvendig å skape en relasjon. Videre nevner han også at personorientert omsorg tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv der personens opplevelse av sykdom, behandling og omsorg står i sentrum, og at hans ønske er å forandre fokus fra sykdommen til personen. Som pleier må man innhente bakgrunnsopplysninger om pasienten slik at det lar seg gjøre å se den enkeltes ressurser og skape trygghet og opprettholde identiteten. Omsorgspersonen må støtte pasientens opplevelse av å være et fullverdig menneske til tross for sykdommen og kunne tilrettelegge for delaktighet (Kirwood 2006). Jakobsen(2007) skriver at omsorgspersonen står i et maktforhold til personen med demens og dette maktforholdet kan brukes positivt eller negativt. Det er derfor vesentlig at omsorgspersonen har et bevist forhold til sin posisjon og sin oppgave for å kunne bidra til å skape en relasjon med pasienten. Wogn-Henriksen (1997) sier at det sentrale i personorientert omsorg er å rette fokuset på gjenværende ressurser ut fra et oppriktig ønske om å hjelpe personen til selvbekreftelse ved hjelp av individuelle hensyn.

2.6 Presentasjon av Travelbee`s relasjonsteori

Travelbee`s teori tar utgangspunkt i et eksistensialistisk menneskesyn, der det legges vekt på at mennesket har frihet til å gjøre egne valg. En av hennes grunntanker er at hvert enkelt menneske er et unikt individ som er ulikt alle andre, og at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold med gjensidig kontakt og forståelse. Dette forholdet bygges opp dag for dag mens sykepleier samhandler med den syke og de rundt. For å oppnå menneske-til-menneske-forholdet må sykepleier gjennom både verbal og non-verbal kommunikasjon forsøke å finne fram til pasientens individuelle behov og som sykepleier kunne bruke seg selv terapeutisk. Dette gjøres ved at sykepleier bevisst bruker sin egen personlighet og egne kunnskaper som hensikt å forandre den syke slik at vedkommendes plager lindres (Travelbee 2011). Denne teorien synes jeg passer i forhold til min oppgave da jeg fokuserer på å se personen bak sykdommen og å gjøre bruk av den enkeltes livshistorie ved å oppnå et menneske-til-menneske-forhold.

2.7 Opplevelse av demens

I følge Wogn-Henriksen (1997) opplever omverdenen og pårørende at personen som er rammet av demens har det verre enn den syke selv sier. Hun nevner også at pasientene opplever at kommunikasjonen forbedres når omsorgspersonen kjenner til og forstår mer av livshistorien deres. Opplevelsene av å ha en demenssykdom er individuelle og at personer med demens også har tanker om sin situasjon. Dette viser at det finns håp og muligheter selv om man blir rammet av sykdommen. Kitwood (2006) nevner at hvert eneste menneskes opplevelse er unik og derfor er det også umulig for oss å gå helt og fullt inn i en annens erfaringsbaserte ramme. Men ved at vi omhyggelig lytter til hva personen med demens sier, kan vi få en viss innsikt i pasientens opplevelser. Han skriver også at som omsorgspersoner må vi se personens behov. Hos personer med demens er de psykososiale behovene truet og for at de skal oppleve mestring mener Rokstad (2006) at de ytre ressursene må forsterkes. Dette tenker jeg da kan være i betydning av kunnskap og empati hos personalet på dagsenteret. Kitwood (2006) nevner trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet som de viktigste psykologiske behov hos personer med demens. Om begrepet trøst sier Kitwood (2006) at det å trøste et menneske betyr å sørge for varme og styrke som kan sette vedkommende i stand til å holde på helheten når denne er i fare for å bryte sammen. Behovet for tilknytning mener han at det er all grunn til å tro at er like sterkt hos personer med demens som det er i tidlig barndom. Inklusjon nevner han som et essensielt behov ettersom det for

mennesker er viktig å være en del av en gruppe, og det kan være problematisk for personer med demens og få oppfylt dette behovet da det er stor fare for at pasienten trekker seg tilbake i sosiale sammenhenger. Kitwood (2006) nevner at behovet for å være beskjeftiget betyr å være involvert i livsprosessen på en personlig måte hvor personens evner og krefter kommer til syne. Jo mer man vet om personens fortid jo mer sannsynlig er det at personen opplever tilfredsstillelse. Som det siste av disse fem behovene forklarer Kitwood (2006) identitet som å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig, og at vi som omsorgspersoner kan gjøre mye for å hjelpe pasienten til å opprettholde identiteten ved hjelp av livshistorier og empati. Disse fem behovene overlapper hverandre og møtes i et sentralt behov som er kjærlighet. Ettersom personer med demens er svært sårbare er de ofte mindre i stand til å ta initiativ og disse behovene vil derfor også oppfylles i mindre grad. Ved at omsorgspersoner er bevisst disse behovene mener Kitwood (2006) at personer med demens kan oppleve seg sett som person bak sykdommen.

3.0 METODE

I følge Dalland (2013) forteller metoden oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å skaffe oss eller etterprøve kunnskap, og metoden betraktes som et redskap i en undersøkelse. Videre nevner han at metode er et middel vi bruker for å løse problemer og å komme fram til ny kunnskap.

3.1 Litteraturstudie som metode

I min oppgave har jeg hovedsakelig funnet materialet i litteraturen, men har også valgt å ta med et case fra hverdagen på dagsentret for personer med demens. Caset har jeg valgt å ta med for å belyse hva jeg tenker kan være med på å forklare hva jeg ønsker å vise ved å bruke livshistorier aktivt i arbeidet med personer med demens.

Litteraturstudier betegnes som kvalitative i den forstand at de tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller beskrives med tall (Dalland 2013). Jeg valgte dette for å få en oversikt over hva som hadde blitt undersøkt i forhold til livshistorier hos personer med demens. Gjennom hele arbeidsprosessen har jeg gjort litteratursøk og etter hvert som oppgaven ble formet så ble også litteratursøket mer sentrert rundt temaet. Ved først å benytte et bredt litteratursøk for å undersøke hva som fantes av informasjon på dette området gikk jeg etter hvert over til å søke opp den nyeste informasjonen. Kvalitativ metode hvor det undersøkes hvilke mening hendelser og erfaringer har for de som opplever disse kunne også vært et alternativ, men da det kan være problematisk for personer med demens å formidle sine erfaringer slik at menneskene rundt umiddelbart oppfatter innholdet i kommunikasjonen valgte jeg i stedet litteraturstudie og jeg fant temaet godt beskrevet i litteraturen.

3.2 Framgangsmåte

For å komme fram til målet om å finne svar på problemstillingen, vil jeg i punktene under gjøre rede for ulike kriterier i forhold til valg av forskningsartikler og litteratur som er brukt i oppgaven.

3.2.1 Kriterier for valg av faglitteratur og forskningsartikler:

- ❖ De skal ha relevans i forhold til problemstillingen
- ❖ De skal helst ikke være utgitt før år 2000
- ❖ De skal være engelske eller skandinaviske

- ❖ Artiklene skal være tilgjengelige i fulltekst eller PDF format

3.2.2 Valg av faglitteratur

For å velge relevant faglitteratur har jeg vært i kontakt med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse der de har gitt meg råd om litteratur og forskning på temaet jeg skriver om. Der var de av den oppfatning at boken til Kjersti Wogn- Henriksen kunne være et godt alternativ å se nærmere på og likeså Rita Jakobsen sin bok. Demensteamet i kommunen har veiledet meg angående aktuell litteratur, og foruten Ragnhild M. Eidem Kruger sin bok om muligheter i miljøterapi nevnte sykepleier også boken om Karen. Fra veileder fikk jeg tipset om boken til Fosslund og Thorsen. Etter å ha kikket på innholdsfortegnelse i bøkene jeg fikk tilgang på, gjorde jeg et utvalg i henhold til kriteriene jeg satt opp.

3.2.3 Kritikk av faglitteratur

Det var mye litteratur å finne rundt temaet, noe som gjorde det vanskelig å velge. Dette medførte at jeg brukte mye tid på å lese igjennom bøker og artikler før bestemmelsen ble tatt, men ved å ta meg god tid til utvelgelsen føler jeg meg sikker på at de rette valgene ble gjort. Veldig mye av litteraturen jeg gjennomgikk omhandlet Tom Kitwood sitt arbeid innen demensfeltet, dette utpekte seg derfor tidlig som en av hovedbøkene jeg ønsket å anvende i oppgaven. Likeså er jeg av den oppfatning at Engedal og Haugen sin lærebok (2004) er viktig grunnleggende kunnskap. Jeg anser innholdet i disse bøkene som svært sentralt innenfor emnet og i annen litteratur blir det ofte referert til bøkene og forfatterne. To av bøkene er noe eldre enn det jeg satt som kriterie, men jeg valgte allikevel å ta de med da jeg synes de har mye å bidra med i forhold til problemstillingen.

3.2.4 Valg av forskningsartikler

I prosessen med å søke forskningsartikler synes jeg det var en utfordring å finne relevant artikler. Jeg har søkt i databasene Google scholar, Pub Med og Cinahl og valgte til slutt å bruke Cinahl da jeg her fant artiklene som jeg synes virket passende og hadde tilgang til full tekst på. Databasen Cinahl er også god på kvalitativ forskning og på artikler om pasienterfaringer og pasientopplysninger. Ved å bruke søkerordene *dementia*, *lifestory*, utelukket artikler skrevet før år 2000 og krysset av for peer reviewed fikk jeg 46 treff og valgte ut de 10 som så mest relevante ut. Deretter leste jeg gjennom de ulike abstraktene og valgte på denne måten 1 artikkel jeg har brukt i denne oppgaven. Et nytt søk i samme database med ordene *communication* and *dementia* ga meg 573 treff og i ettertid ser jeg at søkerordene

kunne vært kombinert på andre måter. For eksempel kunne jeg satt sammen *dementia* og *lifestory* og resultatene ville dermed blitt annerledes. Jeg så igjennom artikler med PDF fil og valgte da ut to som jeg fant relevante. For å vurdere artiklene har jeg brukt Kirsti Malterud sin guideline til vurdering av kvalitative artikler (Glasdam 2012). Malterud legger stor vekt på relevans og validitet og at forskerens rolle og perspektiver underveis bestemmer hvilken side av virkeligheten som skal beskrives, fortolkes og analyseres. Hun har utarbeidet et skjema til bruk for å vurdere kvalitative artikler. Dette skjemaet har jeg gått igjennom for å få et grunnlag for å vurdere artiklene i forhold til inklusjonskriteriene.

3.2.5 Kritikk av forskningsartikler

Valgene som ble tatt er muligens ikke helt presise i forhold til problemstillingen, men de beskriver hvordan personer med demens oppnår økt livskvalitet ved hjelp av bevisstgjøring fra personer rundt seg når det gjelder livshistorien. En mulig forklaring er at de opplever mestring når kommunikasjonen fra deres side også gir mening til andre. I forskningsartiklene håpet jeg på å kunne finne vitenskapelig svar på om det faktisk viser seg å være slik at personer med demens opplever mestring i kommunikasjonen dersom sykepleier har nok kompetanse angående den aktuelle pasientens livshistorie til å følge pasienten i samtalen, eller om litteraturen sier noe om at dette er uten betydning. Jeg synes det var vanskelig å finne artikler som ga et presist svar på min problemstilling, men jeg er av den oppfatning at de artiklene jeg sitter igjen med kan ha god overføringsverdi ved at de tar opp temaet jeg er interessert i å finne svar på og at de alle tre konkluderer med at bruk av livshistorier er positivt for pasienter, pleiepersonell og pårørende. En av årsakene til at det var vanskelig å finne eksakt forskning på problemstillinger er kanskje relatert til utfordringene med å studere denne gruppen ettersom deres evne og kapasitet til å delta i intervjuer er redusert. En svakhet i forhold til artikkelvalget er at det kan virke lite nyansert med tanke på tidsskrifter, men etter å ha brukt mye tid på søk av forskningsartikler, falt allikevel valget på disse artiklene da de pekte seg ut som de mest relevante.

3.2.6 Utfordringer i forhold til valg av metode

Ettersom jeg har en viss fartstid i arbeidet med demens ser jeg at dette kan innebære utfordringer i forhold til metodevalget jeg har gjort. Min hypotese er at sykepleiers bidrag har betydning ettersom dette er noe jeg selv har opplevd. Selv om jeg i litteratursøket bevisst har jobbet mot å finne forskning som også sier noe om at dette ikke er av betydning, ser jeg at valgene av litteratur farges av min forhistorie og holdning ved at jeg ser mennesket som

særeeget og er av den oppfatning at alle er vi verdifulle i kraft av å være menneske og ikke i form av det vi gjør. Jeg ser også på respekt som svært sentralt ikke bare som sykepleier, men som en menneskelig grunnleggende verdi.

Utvalget av forskningslitteratur består av 3 forskningsartikler.

4.0 FUNN

Jeg vil her presentere de tre utvalgte forskningsartiklene i et transkriberingsskjema. Å transkribere forklarer Dalland (2013) som å skrive ned ordrett. Ved å føre dette i et skjema lager jeg en organisert og systematisert oversikt over forskningsartiklene.

4.1 Transkriberingsskjema

Tittel: The use of lifestorywork with people with dementia to enhance person-centred care
Forfatter, sted, årstall: Jane McKeown m.fl. Storbritannia 2010
Hensikt: Å undersøke hvordan livshistorier blir forstått og utviklet i praksis, hvordan historiene blir opplevd av deltakerne og hvordan dette har betydning for utførelsen og utbytte av omsorgen.
Metode: En multippel casestudie med en konstruktivistisk tilnærming. Det vil si at det aksepteres at ulike kunnskap kan eksistere sammen. Den multiple casetilnærmingen bidrar til at studien har kapasitet, fleksibilitet og sensitivitet nok til å oppfatte ulike sammenhenger og meninger. Det ble inført semistrukturerte intervjuer som representerer en tilnærmet naturlig samværsform som øker tryggheten samtidig som strukturen bidrar til å holde intervjuet innenfor relevant tema. I tillegg til intervjuene ble det gjort observasjoner og samtaler. Livshistoriearbeidet ble brukt i hverdagens praksis og det ble utforsket både de involvertes erfaringer og prosessen med å implementere livshistorier.
Utvalg: 4 personer med demens, deres familier og pleiepersonell utgjorde utvalget hvor 21 intervjuer over 100 timer ble gjennomført.
Intervensjon: Å implementere livshistorier i arbeidet med personer med demens.
Utfallsmål og analysemetode: Det tematiske rammeverket fulgte en systematisk litteratur gjennomgang hvor man finner alle relevante ord, kombinerer dem riktig og søker i relevante databaser. Dataene ble kodet og brukt i rammeverket og de ble deretter kartlagt opp mot

hvert tema. Det var sentralt i studien at personer med demens deltok gjennom hele forskningsprosessen. Studiens fokus var å øke forståelsen for å bruke livshistorier aktivt i arbeidet med personer med demens i den hensikt å utføre personorientert omsorg ved hjelp av funn i empirisk forskning.

Hovedfunn: Funnene i studien indikerer at bruk av livshistorier ser ut til å øke muligheten for at personens stemme blir hørt. Ved verbalt å uttrykke seg ser det ut til at pleiepersonell responderer mer enn ved at pasienten uttrykker seg nonverbalt. Funnene viser også at personalet lettere ser en sammenheng mellom pasientens fortid og nåtid ved aktivt å bruke livshistorier i arbeidet med personer med demens.

Livshistorier har potensiale til å øke personorientert omsorg hos eldre personer med demens og deres familier.

Studiens funn samsvarer med annen forskning innen området.

Metodisk kvalitet: Kvalitativ forskning som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Ved å bruke Malterud sin guideline for vurdering av den metodiske kvalitet, har jeg funnet artikkelen relevant.

Tittel: Lifestorywork and nursing homes residents with dementia
Forfatter, sted, årstall: Catherine Russell and Stephen Timmons. Storbritannia 2007
Hensikt: Å høre pasienters historier for å få innsikt i deres forståelse av seg selv.
Metode: Det ble brukt en narrativ tilnærming for å kunne få et innblikk i pasientens egne opplevelser. Intervjuene var ustrukturerte noe som forklares ved at de baserer seg på en oversikt over hvilke emner samtalen skal gå ut på. Det ble brukt åpne intervjuer og så langt det var mulig styrte pasientene samtalen selv. Dersom det ble nødvendig med hjelp til å få samtalen i gang, fulgte intervjuerne en guide over ulike temaer de kunne snakke om.
Utvalg: Studien forgikk på sykehjem og hadde fem deltagere. Disse var over 65 år, hadde demensdiagnose i mild til moderat grad. Intervjuene varte i 45 minutter.
Intervensjon: Å innføre livshistorie arbeid i daglige rutiner slik at pleierne kan lære å se personen bak sykdommen
Utfallsmål og analysemetode: Det ble tatt opptak av intervjuene og de ble deretter nedskrevet ordrett. Der det på grunn av kommunikasjonsproblemer ble vanskelig å finne sammenhengen i samtalene fikk forskerne hjelp av en utenforstående sykepleier til å sette historien sammen slik at den ble meningsfull. Teorien ble underbygd av forskningsmetoder som var påvirket av livshistoriearbeid og reminisens som ble brukt i praksis, biografiske studier og narrative forespørsler. Historiene ble svært forskjellige ettersom kommunikasjonsproblemene til deltakerne var store og det gjorde det komplisert å fullføre historiene til den enkelte. Det var ingen begynnelse, midtdel eller slutt på historiene. Den opprinnelige systematiseringen av data måtte derfor falle bort, og en utenforstående måtte bidra slik at historiene kunne bli forstått. Denne rekonstruksjonen av historiene ble gjort med stor ydmykhet slik at viktig informasjon ikke forsvant.

Hovedfunn: Studien viser at dersom man som omsorgsperson opptrår med verdighet og bruker tid på individuell kommunikasjon hvor pasienten leder samtalen, kan dette være veien å gå for å skape mestringsfølelse hos personen med demens. Videre fant studien at det er innlysende at hver enkelt deltager er et individ og at personer med demens ikke er en homogen gruppe. Hver og en har sin måte å fortelle livshistorien på og alle har sin egen grunn for å fortelle den. Funnene indikerer at, uansett diagnose så har alle individuelle behov og at pleiere bør ha kunnskap om personorientert omsorg. Liknende forskning som er gjort på dette området samsvarer med denne studien.

Metodisk kvalitet: Kvalitativ forskning som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse og som ikke lar seg tallfeste eller måle. Malterud sin guideline er anvendt.

Tittel: Seeing the person behind the dementia: enhancing the care of older people using a biographical approach.
Forfatter, sted, årstall: Amanda Clarke m.fl. Storbritannia 2003.
Hensikt: Forskerne ønsket å finne ut av om en biografisk tilnærming i form av livshistorier kan bidra til å oppmuntre personalet til å anvende personorientert omsorg i det daglige arbeidet.
Metode: Det ble brukt en biografisk, praksisrettet tilnærming for å utforske hvordan bruk av livshistorier påvirker dagene til pasienter, deres familier og pleiere. En biografisk tilnærming bidrar til å gi pasientene egne valg til å snakke om det de selv ønsker av livshistorien sin. Ved å utføre dette på en praksisrettet måte har dette til hensikt å forbedre effektiviteten i personorientert omsorg gjennom å utfordre helsepersonell på pleiekulturen og i samhandling med pasienten.
Utvalg: Studien forgikk på et sykehjem og forløp over 6 måneder. Åtte pasienter med familier deltok, i tillegg til seks pleiere. Det ble dannet fokusgrupper av personell fra annet sykehjem som allerede hadde tatt arbeidet med livshistorier i bruk.
Intervensjon: Bruk av bilder og personlige eiendeler som oppstart til en samtale for å få fram den enkelte pasients livshistorie.
Utfallsmål og analysemetode: Data ble innsamlet av fokusgruppen, semistrukturerte intervjuer og observasjoner ble brukt i forkant og i ettertid av introduksjonen for livshistoriearbeidet. Ved å bruke fokusgruppeintervju vil dette si at intervjuet allerede har et forhåndsdefinert fokus. Studiens fokus var å få fram de eldres egne opplevelser og synspunkter. Også omsorgspersonenes synspunkter og opplevelser ble undersøkt. Intervjuene ble nedskrevet ordrett og to forskningsdeltagere analyserte dataene tematisk for å finne likheter og ulikheter ved å sammenligne.

<p>Hovedfunn: Ved å bruke biografisk tilnærming i form av livshistorier kan identiteten styrkes og relasjonene mellom pasient, pleier og familie styrkes. Omsorgspersonene utviste også en stolthet over det de hadde fått til ved hjelp av den biografiske tilnærmingen, noe som gjenspeilet hele pleiekulturen på sykehjemmet slik at dette fikk positive ringvirkninger ovenfor pasienter, deres familier og de ansatte. Denne studien samsvarer med andre funn i sammenlignbare studier.</p>

<p>Metodisk kvalitet: Kvalitativ forskning som tar sikte på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Bruk av Malteruds guideline.</p>
--

4.2 Sammendrag av funn

Funnene viser at ved å bruke livshistorier i arbeidet med personer med demens ser det ut til at muligheten øker for at personens stemme blir hørt, og pasienten får dermed større respons enn ved å uttrykke seg nonverbalt.

Ved å anvende personorientert omsorg kan personalet lettere knytte pasientens fortid og nåtid sammen, og på denne måten se personen bak sykdommen.

Videre pekes det på at livshistorier har potensiale til å øke personorientert omsorg hos personer med demens og deres familier, at verdighet og tid kan skape mestringsfølelse og at alle med en demensdiagnose er unike individer og ikke en homogen gruppe.

Livshistorier kan styrke identitetsfølelsen og relasjoner og pleiekulturen kan påvirkes positivt ved at også personalet aktivt bruker livshistorie som arbeidsredskap.

5.0 DRØFTING

Dalland(2013) beskriver det å drøfte som å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider. Drøfting er en helhetlig prosess som er sammensatt av mange deler. Ved systematisk å ta for meg forskning, teori, caset og egne erfaringer vil jeg analysere, vurdere og tolke datamaterialet jeg har funnet til oppgaven. Etter å ha gjennomgått disse punktene håper jeg å kunne finne svar på min problemstilling.

5.1 Etiske aspekter

Ulike etiske aspekter ved å bruke livshistorier som et redskap i arbeidet med demens kan være at ved å fortelle deler av egen livshistorie kan gamle følelser som både var gjemt og glemt vekkes til livet. Negative følelser og oppfatninger kan bli forsterket. Selv om livshistorien er fra pasientens eget liv, kan det være minner som ikke alltid er gode å ta et tilbakeblikk på. Pårørende er en viktig kilde som kan bidra med opplysninger, observasjoner og historier. Det er da viktig at dette gjøres i samråd med pasienten og ikke bak dens rygg, da pårørende kan ha ulike tolkninger av pasientens liv. Dette er noe vi som omsorgspersoner må være bevisste på. Taushetsplikten er også et viktig etisk aspekt å ta med seg når det brukes livshistorier både i individuelle samtaler og i grupper. Livshistorien blir gitt i tillit og skal ikke brukes mot pasienten eller spres til uvedkommende. Dette står omtalt i helsepersonelloven av 2.juli 1999 nr 64 §21 og loven sier at helsepersonell skal hindre andre i å få adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold man får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell.

5.2 Funn som belyser problemstillingen

Forskningsartiklene har alle ulike vinklinger på hvordan sykepleier kan bruke livshistorier i sitt arbeid slik at personer med demens kan oppleve mestring i kommunikasjonen, men to av studiene viser at det kan føre til personorientert omsorg og at dette igjen kan hjelpe omsorgspersonene til å se personene bak pasienten. Begge disse studiene tok utgangspunkt i både pasienter, pårørende og pleiepersonell. Jeg tenker da at dette kanskje utgjør andre funn ettersom det ikke er pasientens subjektive opplevelse av å bruke livshistorier som kommer fram, men heller en sammenfatning av alle deltagernes opplevelser. En av artiklenes funn viser at om man som omsorgsperson utviser verdighet og man anvender individuell kommunikasjon der pasienten selv leder samtalen, kan dette være med på å skape en mestringsfølelse hos pasienten. I og med at dette er subjektive pasientopplevelser kan det

fortelle noe om at alle pasientene er forskjellige individer som allikevel enes om at dette er essensielle egenskaper hos en omsorgsgiver. Artikkene tar videre for seg ulike former for bruk av livshistorie og det som ofte nevnes er viktighet av personorientert omsorg og reminisens. Dette er også i samsvar med litteraturen jeg har arbeidet med, hvor det enes om at alt arbeid som gjøres i demensomsorgen bør baseres på personorientert omsorg og reminisens som intervensjoner for å oppnå en opplevelse av mestring hos personer med demens. For å sette dette litt i perspektiv har fokuset på miljøbehandling i de årene jeg har arbeidet innenfor demensomsorgen endret seg fra å være realitetsorientert til å fokusere mer på selve personen og dens livshistorie. Jeg tenker da at overordnede planer fra regjeringen som et resultat av forskning i tillegg til økt kompetanse blant pleiepersonell kan være faktorer som har bidratt til å endre dette fokuset. Lovverket har også vært bidragsyter ved å sikre pasienter ulike rettigheter og formidle at helsepersonell har forpliktelser.

5.3 Hva forteller funnene

Ut fra forskning og litteratur jeg har gjennomgått i forbindelse med denne oppgaven, finner jeg at nøkkelordene er personorientert omsorg og reminisens. Dette forklares å være sentralt i arbeidet med personer med demens og jeg tenker da at for å bruke disse intervensjonene kreves det omsorgspersoner med stor interesse for å arbeide innen demensomsorgen. Funnene forteller også noe om de psykologiske faktorene som gjør seg gjeldene i å bekrefte pasienten som person. De viser til at ved å kjenne til livshistorien og bruke denne i arbeidet med pasienten vil være med på å opprettholde pasientens selvilde og identitet. Selv tenker jeg om dette at det er ikke nødvendigvis det motsatte som skjer dersom personalet ikke kjenner til den enkeltes livshistorie, men at kjennskapet kanskje kan bidra til at personens opplevelse av mestring vil ha positive ringvirkninger på sikt. Med dette mener jeg å si at identitets- og selvildeoppfattelse kanskje ikke vil bli negativt påvirket ved mangel på å kjenne til livshistorien, men ved å oppleve mestring kan pasienten bli støttet i et skjørt selvilde og styrket identitet. Kitwood (2006) omtaler det å ha identitet som å vite hvem man er både kognitivt og følelsesmessig og dermed ha kontakt med sin fortid og nåtid. Dette medfører at man har en historie å presentere for andre, og for meg innebærer dette da at kjennskap til livshistorien er viktig for å fastholde sin identitet. Rokstad(1996) mener at for å kunne hjelpe personer med demens til å opprettholde sitt selvilde, må vi som omsorgspersoner kunne verdsette deres egenskaper og hjelpe personene til å mestre de utfordringene som sykdommen bringer med seg.

5.4 Kritisk vurdering av funnene

I vurderingen av funnene ser jeg at det er fare for å generalisere. Jeg tenker at vi er alle unike personer med eller uten demens og at det derfor er viktig å nyansere funnene. Det kreves modenhet og erfaring fra sykepleiers side om livshistorien skal brukes slik at kommunikasjonen ikke stopper opp. Funnene sier lite om hvordan sykepleier skal opptre i samhandlingen så derfor anser jeg det som viktig å skaffe informasjon om arbeidsmetoder i forhold til dette. I mitt arbeid på dagsenter for personer demens reflekter personalet daglig over hvordan vi arbeider i forhold til kommunikasjon og hvilke tilbakemeldinger vi får fra pasientene og pårørende. Vi snakker om hvordan vi selv ubevist styrer samtalen inn på temaer som interesserer oss ettersom vi da naturlig nok blir mer engasjerte og på den måten finner de rette trådene å spinne videre på. Litteraturen sier lite om dette noe som jeg tenker kan være negativt i forhold til sykepleiers engasjement i pasientens livshistorie. Videre tenker jeg at en livshistorie inneholder umettelige temaer bare man som sykepleier er årvåken nok til fange opp disse emnene. Lovverk, overordnede planer, forskning og litteratur gir signaler til helsepersonell om hva som skal vektlegges, men løsninger på hvordan man møter kompetansebehov og bemanningsbehov er sjeldne temaer. Jeg tenker om dette at det som sykepleier er nødvendig og svært viktig å ha et bevisst forhold til eget menneskesyn for på den måten å kunne møte personen bak sykdommen.

5.5 Diskusjon av problemstillingen og case i lys av forskningsartikler

Ved å tolke materialet jeg har funnet og sett på dette for å belyse problemstillingen, tenker jeg at det sier noe om at det settes krav til omsorgspersonen ved at denne må ha kunnskap om den enkeltes livshistorie for at pasienten skal kunne oppleve mestring i kommunikasjonen. Som sykepleier er det betydningsfullt å opptre ekte i kommunikasjonen med pasienten. I forskningsartikkelen til Clarke (2003) ble det nevnt at ikke alle mennesker ønsker å snakke om sine liv. Årsaker til dette kan være mange, men som sykepleier må vi da bruke varhet og respekt i forhold til pasientens valg. Allikevel er jeg av den oppfatning at ved å være trygg i kommunikasjonen kan sykepleier oppnå kontakt og finne kjente samtaleemner uten å gå spesifikt inn i den enkeltes livshistorie. Jeg tolker forskningen dithen at den sier noe om viktigheten av å skape kontakt for å få en forståelse av pasientens levde liv og hva som skal til for at de opplever mestring i kommunikasjon. Den enkeltes livshistorie gir et signal om hva

pasienten er opptatt av, og ved at jeg som sykepleier har kjennskap til den enkeltes livshistore kan dette være med på å styrke pasientens opplevelse av å være subjekt og selv ha kontroll over situasjonen man er i og med det opplever personen seg positivt bekreftet. Caset viser at når personalet skaper knagger for hukommelsen kan personen med demens oppleve mestring i kommunikasjonen. Det er ikke fortellingen som behøver å stå i fokus, men selve opplevelsen er kanskje viktigere? Tid er omtalt som et fenomen i forskningen i forhold til daglig bruk av livshistorier. Dette finner jeg interessant da min opplevelse er at ved å investere tid i den enkeltes livshistorie vil vi også kunne oppnå forhold bygget på tillit og respekt noe som igjen avspeiler seg i eventuelle utfordrende situasjoner. McKeown (2010) nevner også at mange pleiere synes det tar for mye av tiden deres dersom de skal gjøre bruk av livshistorier i det daglige arbeidet, men kan ikke dette også være det motsatte? Ved å kjenne den enkelte kan arbeidet også gå på skinner ved at jeg som sykepleier ser personen bak sykdommen i stedet for bare diagnosen, og nyttegjør meg den kunnskapen jeg har om personen i den aktuelle situasjonen. På denne måten vil jeg vise at jeg forstår pasienten og denne vil derfor oppleve mestringsfølelse i samhandling med meg og det er da mulig at dette vil påvirke pasientens dag positivt. Så da er det kanskje ikke tid man behøver mer av, men hva med å holde fokuset på livshistorien til den enkelte gjennom dagens rutiner? Muligens kan dette være med på å gjøre arbeidet mer spennende i stedet for å se på bruk av livshistorier som en ekstrabelastning. Min egen erfaring fra dagsentret for personer med demens er at ved å «få lov» til sitte stille på arbeidet i stedet for å kritiseres for «ikke å gjøre noe», medfører at personalet får en ny giv og at det kan gi en følelse av å gjøre noe ekstra. Clarke (2003) nevner at arbeidet med livshistorien blant personalet og pasienter i studien ønskes fra sykehjemmets avdelingsleder å fortsette etter at prosjektet er ferdig og at leder gjerne setter av tid til dette. Både caset og forskning viser at kommunikasjon ved hjelp av livshistorier kan se ut til at opplevelsen av mestring hos personer med demens er stor. Men kan vi som pleiere vektlegge dette høyere enn pasienten selv? Som jeg nevnte tidligere er det lett for pleiere og legge til rette for samtaler innenfor områder der vi selv er interesserte, kan dette da være med på å ekskludere temaer som pasienten selv ville hatt stort utbytte av å snakke om dersom vi pleiere ville åpnet opp for det? Ville i så fall mestringsfølelsen i kommunikasjonen hos personen med demens vært like stor som om temaet hadde vært av interesse for begge parter? Både studiene og caset viser at omsorgspersoners engasjement er betydningsfullt og at mestring i kommunikasjonen oppleves mer positivt dersom involverte parter er opptatt av samme tema. McKeow (2010) sin studie nevner at man påvirkes av konteksten og dermed forandres man også, men samtidig virker adferd og væremåte inn på omgivelsene. Dette bekrefter caset hvor det i løpet av

samtalen foregår både verbal og non-verbal kommunikasjon. Situasjonen må hele tiden tolkes av personalet for at pasientene skal oppleve mestring. Hvor man sitter i forhold til hverandre, hvem fører ordet til enhver tid, hvordan opptrer man som personal og hva sier man? Alt dette er med på å danne konteksten og har stor betydning for utfallet av kommunikasjonen. Studien til Clarke (2003) nevner at livshistorien til den enkelte pasient kan være en utfordring for personalet å forholde seg til og det er da viktig å legge til rette for den gode samtalen og stille de rette spørsmålene. I lys av caset tenker jeg at som personal kan man kontrollere situasjonen slik at man styrer samtalen ved hjelp av den kunnskapen man har om den enkelte. Russel (2007) nevner i sin studie at livshistorien til personen med demens ikke nødvendigvis er bygd opp med begynnelse- en midtdel og slutt, men at historien allikevel skaper en mening dersom omsorgspersonene kan fylle hullene i historien. Dette kommer fram i caset ved at personalet kjenner deler av pasientens historie.

5.6 Diskusjon av problemstilling og case i lys av sykepleieteori

For å belyse oppgavens problemstilling ved hjelp av sykepleieteori har jeg valgt å trekke fram sykepleietoretikeren Joyce Travelbee sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. I denne teorien er hun opptatt av at mennesket er et unikt individ og at mennesket er både likt og ulikt alle andre. Videre peker hun på at det er viktig for sykepleieren å akseptere og erkjenne seg selv som menneske i møte med et annet menneske for at man skal kunne akseptere andre. Selv tenker jeg at i arbeidet med personer med demens er dette svært sentralt da følelsen av aksept og respekt for individet og det levde liv kan være med på å opprettholde en opplevelse av at man blir møtt som den personen man er bak sykdommen. Travelbee (2011) nevner at kommunikasjonen blokkeres dersom sykepleier ikke undersøker nærmere hva pasienten egentlig mener. Dette tenker jeg kan ha overføringsverdi til bruk av livshistorien og at jeg som sykepleier har kjennskap til deler av historien til den enkelte. I lys av caset fra dagsentret peker Travelbee på at for å kunne lage flyt i samtalen må sykepleier kjenne til og gjøre bruk av livshistorien til den enkelte for på denne måten kunne evne og oppfatte det mennesket som skjuler seg bak pasient-begrepet.

Ifølge Travelbee (2011) er målet med sykepleien å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, med gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleieren blir på denne måten kjent med pasienten som menneske, og kan dermed etablere et menneske-til-menneske forhold for å oppnå sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familie med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. Hun omtaler menneske-til-menneske- forholdet primært som en erfaring

eller en rekkefølge av erfaringer som finner sted mellom sykepleier og den eller de hun har omsorg for. I caset fra dagsenteret synes jeg dette illustreres ved at man som sykepleier anvender det man har fått av kjennskap til den enkeltes livshistorien i det daglige arbeidet kan dette bidra til at personen opplever mestring og mening i kommunikasjonen. Å kjenne et menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket. En grunntanke hos Travelbee er at den profesjonelle har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. En forutsetning for et slikt forhold skal opprettes er at sykepleier og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer og må overskride fasadene som ”sykepleier” og ”pasient”. Dette kommer også til uttrykk i caset der jeg som pleier opplever at både personal og pasienter likestilles og nyttegjør oss av hverandres kompetanse. Som pleier i kommunikasjon med personen med demens har jeg erfart at ved å ha en god relasjon med pasienten er det utbytterikt i forhold til hva jeg kan lære av ulike temaer og ved å være en god lytter og «elev» vil jeg igjen kunne gi pasienten en opplevelse av mestring. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv, men bygges opp dag for dag mens sykepleier samhandler med den syke og med andre. Det oppnås gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee 2011).

Travelbee (2011) presiserer at kommunikasjon ikke er et mål i seg selv, men et middel i en prosess for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. I alle møter mellom sykepleier og den hun har omsorg for foregår det en kommunikasjon. Foruten verbal kommunikasjon som foregår ved hjelp av ord, kommuniserer både sykepleier og pasient nonverbalt gjennom sitt utseende, adferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Dette skjer både bevisst og ubevisst. I forhold til caset er dette også noe som jeg som pleier ved dagsentret har erfart ved at om jeg ikke investerer tid og engasjement i kommunikasjonen eller viser ved hjelp av kroppsspråk en travel eller uinteressert holdning, kan heller ikke pasienten finne den tryggheten som er nødvendig for at mestring i kommunikasjonen oppleves. Dette er i tråd med Travelbees utsagn om å bruke seg selv terapeutisk.

Videre mener Travelbee (2011) at sykepleieren må bruke personlighet bevisst på å skape sykepleie-interaksjoner. Dette krever at sykepleieren har innsikt og forståelse for egen og andres situasjon, og evne til å intervensere (gripe inn). Det er dette hun omtaler som terapeutisk bruk av seg selv. Da tenker jeg at det er nødvendig at sykepleier er trygg nok i sin rolle til å delta med egne erfaringer i kommunikasjonen og at dette igjen påvirker alle deltagerne. Hun må bruke fornuft og intelligens. Sykepleieren må med andre ord i følge Travelbee (2011) bruke seg selv terapeutisk for å oppnå hensikten, som er en ønsket forandring hos pasienten. Hun lanserer ulike kommunikasjonsteknikker for å få dette til. Man

kan bruke åpne spørsmål eller utsagn, man kan dele sanseinntrykkene sine med andre eller man kan bevisst bruke klisjeer. Caset viser at om man bruker åpne spørsmål kan samtalen forløpe i det uendelige, bare man som pleier evner å bruke seg selv terapeutisk og at man kjenner til deler av livshistorien.

5.7 Diskusjon av problemstilling og case i lys av faglitteratur

Engedal og Haugen(2004) sitt teoretiske perspektiv på demens tenker jeg er essensielt å ha med seg som sykepleier i arbeidet med personer med demens. Ved å kjenne til noen av mekanismene bak sykdommen bidrar dette til at forståelsen for sykdommen øker. I arbeidet på dagsentret blir vi pleiere stadig utfordret på demenssykdommen og vi lærer å se nødvendigheten av hva som skjer patologisk i hjernen og hva vi kan gjøre for å opprettholde pasientens ressurser i forhold til dagliglivet. I boken til Fosslund og Thorsen (2010) sier forfatterne mye om hvordan livshistorier kan brukes på en vitenskapelig måte som ikke bare innebærer kunnskap, men også klokskap. Dette er noe som gjenspeiler seg i caset fra dagsentret, der avislesingen ikke bare dreier seg om selve lesingen. Samtalen rundt de ulike temaene er vel så viktige. Fosslund og Thorsen (2010) nevner også at dersom man skal forstå den eldre sine ønsker, behov og vurderinger må man også kjenne til deres tidligere liv. Ved å ta for oss sentrale deler i lokalavisen som vi som pleiere vet er kjent av pasientene ved dagsentret kan vi også muliggjøre tilrettelegging av individuelle behov ettersom man får kjennskap til deres tidligere liv. Ut i fra dette får vi også faglig nytte av å kjenne livshistorien til den enkelte ved at personalet kan forstå det unike ved pasienten. Også Jakobsen (2007) skriver om viktigheten av å kjenne til livshistorien for gjennom denne bekreftes vår identitet og vårt selvilde, og hun nevner at det å være hovedpersonen i eget liv er en nødvendighet for opplevelsen av nettopp selvilde og identitet. Caset bekrefter dette ved at pasientene ser ut til å oppleve mestring i kommunikasjonen når personalet kan bidra til at samtalen flyter ved å kjenne til den enkeltes livshistorie. Og som Jakobsen(2007) videre nevner bidrar vår kjennskap til personens livshistorie hvorvidt vi kan skape opplevelse av mestring hos den enkelte. Personorientert omsorg blir omtalt i både Jakobsen(2007), Fosslund og Thorsen (2010) og Wogn-Henriksen (1997) sine bøker som sentralt i arbeidet med personer med demens, mens Tom Kitwood er den forskeren som har satt dette begrepet på kartet i arbeidet innenfor demensomsorgen. Han ser ikke på sykdommen som et eget resultat av en patologisk prosess, men derimot på et samspill av ulike faktorer som inkluderer personlighet, biografi og det neurologiske forfallet. Ved å ha denne kunnskapen ser jeg i forhold til caset at dette er faktorer som bidrar til at pasienten kan oppleve mestring i kommunikasjonen da jeg som

pleier kan bruke dette for å oppnå tillit. Som Kitwood (2006) nevner er trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet de viktigste psykologiske behovene hos personer med demens. Det vil være variasjoner av behovene i forhold til personens livshistorie og da tenker jeg at ved å ha kjennskap til historien kan mestring i kommunikasjonen oppleves av den enkelte ettersom jeg som pleier kan være behjelpelig med å oppfylle disse behovene. Ved å se dette i lys av caset opplever pasientene mestring i kommunikasjonen ettersom disse behovene oppfylles og at pasienten dermed kan se seg selv som en person. Kitwood (2006) omtaler en person som å leve i en verden hvor betydninger deles, og dette er akkurat det som foregår under avislesingen i caset. Alle deltakerne deler livshistorier og kan på den måten oppleve mestring i kommunikasjonen. Wogn-Henriksen (1997) hevder at det er grunnleggende i vårt vesen at vi har et ønske om både selv å forstå og å bli forstått, og at veien til forståelse går gjennom kommunikasjon. Både Wogn-Henriksen (1997) og Kitwood (2006) er av den oppfatning at dette behovet ikke blir mindre i løpet av alderen eller demensutviklingen og dette er også noe caset bekrefter. Ettersom personen med demens ikke lenger kan bruke språket som redskap på samme måte som tidligere må vi som pleiere kunne kompensere for pasientens manglende evne ved å kjenne livshistorien og slik bidra til mestring i kommunikasjonen. Rokstad (1996) nevner at omsorgspersonens største utfordring er å være kontaktskapende gjennom å vise respekt og ivaretagelse. Også Jakobsen (2007) omtaler dette som opplagte verdier i arbeidet med personer med demens. I forhold til caset er også dette verdier som settes høyt i det daglige arbeidet på dagsenteret. For at pasienten skal kunne oppleve mestring i kommunikasjonen er trygghet en sentral faktor og da er også respekt og ivaretagelse sentrale begreper for å oppnå dette. Også for å legge til rette for reminisens er ivaretagelse og respekt faktorer som er viktige. Jakobsen (2007) nevner at for å oppnå målet om mestring i kommunikasjon er respekt og ivaretagelse viktig og det er avgjørende at pleierne har et bevisst forhold til dette. Reminisens tar utgangspunkt i evnen til å hente fram personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet og for å kunne anvende reminisens som et arbeidsverktøy, er det i følge Jakobsen (2007) avgjørende å ha kjennskap til den enkeltes livshistorie og å se personen bak sykdommen. Hun mener at det er ved hjelp av personorientert omsorg som redskap dette er avgjørende for et vellykket resultat hva angår opplevelse av mestring i kommunikasjonen. Caset viser at både reminisens og personorientert omsorg er veien personellet på dagsentret bruker for å oppnå opplevelse av mestring i kommunikasjonen. Fossland og Thorsen (2010) skriver at reminisens som arbeidsverktøy kan bidra til å knytte sammen minner fra fortiden, og dette bekrefter caset ved at det dannes nye samtaleemner som bygger på minner fra fortiden. Videre nevner Fossland og Thorsen (2010)

at dette arbeidet kan ha betydning ved å skape kontinuitet i livsopplevelsen og dette igjen kan ha stor betydning når opplevelsen av kontinuitet er svekket. Dette synes jeg kommer tydelig til syne i caset da personene med demens ser ut til å oppleve mestring i kommunikasjonen når vi som pleiere kan fylle på i den enkeltes livshistorie der personen selv ikke klarer dette. Med dette skapes det da en kontinuitet i livshistorien ved hjelp av reminisens og personorientert omsorg.

6.0 KONKLUSJON OG OPPSUMMERING

Viktigheten av kjennskap til livshistorien viser seg i all teori jeg har gjennomgått og i egne erfaringer. Veien å gå for at personen med demens skal kunne oppleve mestring i kommunikasjonen peker på at personorientert omsorg eller reminisens er vesentlige arbeidsredskaper. I forskning og litteratur er det også stor enighet om at respekt og ivaretagelse i demensomsorgen er alfa og omega for å kunne yte personorientert omsorg og tilrettelegge for reminisens. Som pleier synes jeg at arbeidet med personer med demens har gitt meg svært mye kunnskap om mennesker og det er viktig å huske på i det daglige at personen bak sykdommen også en gang var både barn og ungdom som bar på ulike drømmer om framtiden. Selv om sykdommen kanskje har gitt disse personene tap i alderdommen, ser jeg det som et privilegium å få lov til å være en person som kan bidra til en opplevelse av mestring slik at hverdagen kanskje kan få innslag av positivitet. Men det er ikke bare som omsorgsperson jeg har utbytte av arbeidet i demensomsorgen. Den daglige kontakten med personer med demens tilfører også meg som person veldig mye i form av et videre perspektiv på livet som gjør at jeg ikke lar sykdommens uttrykk overgå det unike ved den enkelte person. I arbeidet på dagsentret er det humor, sang, musikk, friluftsliv og huslige aktiviteter. Fokuset her å lage gyldne øyeblikk og at pasientene gjennom dette skal oppleve trygghet, trivsel og tilhørighet. Dette tenker jeg også er med på å skape opplevelse av mestring i kommunikasjonen hos den enkelte. Både faglitteratur og forskningsartikler jeg har brukt i denne oppgaven synes jeg har vært relevante i forhold til å finne svar på problemstillingen. Jeg synes også at egne erfaringer har vist seg å stemme overens med litteratur og forskning. Dette er helt i samsvar med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) som sier at sykepleiers rolle skal bygge på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap i tillegg til brukerkunnskap. Funnene konkluderer med at det er forskjellige måter å gjøre bruk av livshistorier på, for eksempel ved hjelp av fotografier eller personlige eiendeler, eller caset som viser at avislesning også kan vekke til live gamle minner. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven kan jeg på dagsenteret blant annet vise til forskning angående det arbeidet vi der gjør med å bruke livshistorier aktivt i arbeidet med personer med demens og at dette gir positive utslag av opplevelse av mestring i kommunikasjonen.

LITTERATURLISTE

Clarke, A. Hanson, J.E. og Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 697-706. Hentet fra Cinahl (lest 4.august 2013).

Dalland, Olav (2013). *Metode og oppgaveskriving* 5.utg. 2.opplag.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

EEK, A. og Nygård, A.M. (2006). *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Eide, H. og Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner:samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Engedal, K. og Haugen, P.K.(2004). *Lærebok Demens. Fakta og utfordringer*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Fossland, T. og Thorsen, K (2010). *Livshistorier i teori og praksis*.
Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Glasdam, S. (2012). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – inblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. 2.opplag. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Helse og omsorgsdepartementet (2011). Den gode dagen. *Demensplan 2015*. URL: http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf (lest 24.juli 2013).

Helsepersonelloven. *Lov av 2.juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Kitwood, T. (2006). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke*. 1.utg.3.opplag. København: Munksgaard Danmark.

Lerdal, A. og Fagermoen, M.S. (2011). *Læring og mestring-et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. 1.utg. 1.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

McKeown, J. Clarke, A. Ingleton, C. Ryan, T. og Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5 148-158. Hentet fra Cinahl (lest 1.august 2013).

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2.juli 1999 nr 63 om pasient-og brukerrettigheter*.

Rokstad, A.M. m.fl (1996). *Aldersdemens. Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når adferd blir vanskelig å mestre*. Sem: Granli senter INFO- banken.

Rokstad, A. M. (2006). *Jeg vil ikke bli behandlet som en unge*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Russel, C. og Timmons S. (2007). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People*. 21(4) 28-32. Hentet fra Cinahl (lest 8. august 2013).

Siv Skarstein I:Anfinnsen, E. (2003). *Her-og langt borte* Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Travelbee, J.(2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg 1999, 6.opplag 2011. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wogn-Henriksen, K. (1997). *Siden blir det vel verre...? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens INFO-banken.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). URL:
https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (lest 20.juli 2013).

Anbefalt litteratur:

Eidem Kruger, R.M.m.fl.(2007). *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Solberg, H.(1996). *Karen – en historie om alzheimer*. Oslo: Aschehaug Forlag.